



ที่ สธ ๐๓๒๐/ว ๗ ๒

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ซอยบาราคนราดูร ถนนติวานนท์
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน /
สถานพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล/สถาบัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

เรื่องการรับสมัครเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ
วัตถุประสงค์เพื่อผลิตพยาบาลเฉพาะทางที่มีความรู้ ความชำนาญ ในการพยาบาลเฉพาะทางด้าน การพยาบาล
ฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนมีความสามารถระดับสูงในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยในระยะกึ่ง
เฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) โดยมีระยะเวลาอบรม ๔ เดือน รุ่นที่ ๑๕ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ถึง
วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๔๐ คน

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพในสังกัด
ของท่านสมัครเข้าร่วมอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยไม่ถือเป็นวันลาและสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน
จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) และค่าใช้จ่ายอื่นๆในการฝึกอบรม เช่น ค่าพาหนะเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง
ค่าเช่าที่พัก ฯลฯ ได้ตามระเบียบราชการต้นสังกัด ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้ประสงค์
เข้ารับการอบรมสามารถลงทะเบียนกรอกรายละเอียดใบสมัคร ได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๖
พร้อมส่งใบสมัครไปยัง ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ และสามารถ Download
รายละเอียดของหลักสูตรได้ที่ www.snmri.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรฯ
ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางภัทรา อังสุวรรณ)

ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ภารกิจด้านการพยาบาล

โทร ๐ ๒๕๕๑ ๕๔๕๕ ต่อ ๖๗๓๘

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๓๙๑๒

ผู้ประสานงาน คุณสุพรรณิการ์ แวอาราม / คุณอารีย์รัตน์ เผือกพัก



ประกาศ สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะดำเนินการจัดการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพ และทักษะด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพเพิ่มมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะเวลาการศึกษาอบรม มีระยะเวลา ๑๗ สัปดาห์

รุ่นที่ ๑๕ ระหว่างวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ – วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ จำนวน ๔๐ คน

การรับสมัคร

เอกสารใบสมัครสามารถ Download ได้ที่ www.snmri.go.th

รับสมัครเฉพาะทาง ไปรษณีย์ ส่งที่ การกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู ฯ

๘๘/๒๖ ซอยบำรุงราชนราดูร ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๖

คุณสมบัติของผู้สมัคร

ผู้มีสิทธิ์สมัครเข้าศึกษาอบรมจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ต่อไปนี้

คุณสมบัติทั่วไป

๑. เป็นผู้มีความประพฤติดี ประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
๒. สุขภาพแข็งแรงไม่เป็นโรคที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๓. ต้องมีใบรับรองจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น และได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานนั้น ๆ เต็มเวลา

คุณสมบัติเฉพาะ

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาลที่ไม่หมดอายุ
๒. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี
๓. อายุไม่เกิน ๕๕ ปี

ลำดับ	จังหวัด	เงินจัดสรร (บาท)	ข้อมูลบัญชีแสงนำใจฯ ระดับจังหวัด	หมายเหตุ
			เลขบัญชี: 909-3-01883-3	
76.	ตรัง	327,502.50	ธนาคารกรุงไทย สาขาตรัง ชื่อบัญชี: แสงนำใจไทยแห่งชาติ เติ่น วัง ปั่น ป้องกันอัมพาต รพ. ตรัง เลขบัญชี: 903-0-83462-5	
รวมเขตสุขภาพที่ 12		4,446,722.50		
ยอดเงินจัดสรรทั้งหมด		38,274,412.50		

เอกสารประกอบการสมัคร

๑. สำเนาวุฒิการศึกษา เช่น ประกาศนียบัตร ปริญญาบัตรทางการพยาบาล จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (ยังไม่หมดอายุตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรม) จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาใบสำคัญการสมรส หรือใบสำคัญการหย่า ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล (ถ้ามี)
๔. สำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าสมัคร (สลิปโอนเงิน) จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)
๕. หนังสือส่งตัวจากต้นสังกัด (กรณีที่ผ่านมาการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมแล้ว)

การชำระเงินค่าสมัคร (แนบมาพร้อมใบสมัคร)

ชำระเงินโดยการโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี
ชื่อบัญชี เงินโครงการสถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ
เลขที่บัญชี ๑๐๘-๐-๖๕๑๕๙-๔ จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

หลักการพิจารณารับเข้าศึกษาอบรม โดยพิจารณาคัดเลือกจากใบสมัคร

คณะกรรมการจะพิจารณาจากเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

๑. มีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่ระบุไว้
๒. หนังสือรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น และความจำเป็นของหน่วยงาน
๓. คำรับรอง/หนังสืออนุมัติการลาของผู้บังคับบัญชา
๔. สถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับสมัคร โดยพิจารณาให้มีการกระจายของหน่วยงาน และความจำเป็นของหน่วยงาน และอื่นๆ
๕. การตัดสินใจของคณะกรรมการฯ ถือเป็นที่สุด
๖. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด จะพิจารณา งด เปิดการศึกษาอบรมในสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

การประกาศผลการรับเข้าศึกษาอบรม

ประกาศทางเว็บไซต์สถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ www.snmri.go.th วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๖

การลงทะเบียนเข้าศึกษาอบรม

ภายในวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๗ - วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๗ โดยปฏิบัติดังนี้

๑. ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมต้องลงทะเบียน โดยการโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี เงินโครงการสถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ เลขที่บัญชี ๑๐๘-๐-๖๕๑๕๙-๔ จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)
๒. หลังจากชำระเงินค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้เข้าศึกษาอบรมดำเนินการเอกสารดังนี้
 - หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) พร้อมทั้งระบุ ลำดับที่ ชื่อ - นามสกุล ของผู้เข้าศึกษาอบรมให้เรียบร้อย โดยส่งข้อมูลได้ที่ E-mail: ploytovenurserehab2020@gmail.com

ทั้งนี้จะต้องดำเนินการตามข้อ ๒ ให้เสร็จสิ้นเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์ การเข้าศึกษาอบรม

๓. กรณีผู้ที่ได้รับการคัดเลือกสละสิทธิ์ ภายหลังการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมแล้ว สถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟูฯ จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมแทนได้

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

โทร ๐ ๒๕๙๑ ๕๔๕๕ ต่อ ๖๗๓๘

มือถือ คุณสุพรรณิการ์ แวอาราม ๐๘๙ ๑๒๘ ๐๖๒๙

มือถือ คุณอารีรัตน์ เผือกฟัก ๐๘๗ ๓๖๘ ๖๗๗๙

โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๓๙๑๒

Email: ploylovenurserehab2020@gmail.com

ประกาศ ณ วันที่ ๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นางภัทรา อังสุวรรณ)

ผู้อำนวยการสถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

ชื่อหลักสูตร

ภาษาไทย : หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

ภาษาอังกฤษ: Program of Nursing Specialty in Rehabilitation Nursing

ชื่อประกาศนียบัตร

ภาษาไทย : ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

ภาษาอังกฤษ: Certificate in Nursing Specialty in Rehabilitation Nursing

ชื่อย่อ : ป.การพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ จัดทำขึ้นเพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะของการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวมและสามารถใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือที่ทันสมัย เพื่อให้คนพิการและผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ

องค์ประกอบของหลักสูตร

จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร ๑๖ หน่วยกิต

โครงสร้างหลักสูตร มี ดังนี้

ภาคทฤษฎี ๑๑ หน่วยกิต

ภาคปฏิบัติ ๕ หน่วยกิต

ภาคทฤษฎี ๑ หน่วยกิต = ๑๕ ชั่วโมง

ภาคปฏิบัติ ๑ หน่วยกิต = ๖๐ ชั่วโมง

พยคร ๕๓๐ นโยบายสุขภาพและประเด็นร่วมสมัยในการพยาบาล ๒(๒-๐-๔) หน่วยกิต

NSID ๕๓๐ Health Policy and Contemporary Issues in Nursing

คำอธิบายรายวิชา

นโยบายสุขภาพ ระบบสุขภาพ เศรษฐศาสตร์และระบบค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ การวินิจฉัยโรคร่วมและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ กฎหมาย สิทธิสวัสดิการ และการพิทักษ์สิทธิ แนวคิดการพยาบาลร่วมสมัยเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ผลผลิตและการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาล การพัฒนาและการใช้ฐานข้อมูลขนาดเล็กที่เกี่ยวข้องกับคนพิการและผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

พยคร ๕๓๑ การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการจัดการความเสี่ยง ๒ (๑-๑-๓) หน่วยกิต

NSID ๕๓๑ Advanced Health Assessment and Risk Management

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด หลักการ และวิธีการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ในคนพิการและผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ทั้งกาย จิต สังคม แผลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเฉพาะทาง การวินิจฉัยและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การตัดสินใจทางคลินิกและการบันทึกทางการพยาบาล

พยคร ๕๓๒ การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ
NSID ๕๓๒ Rehabilitation Nursing

๓ (๓-๐-๖) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

สถานการณ์ความเจ็บป่วย ภาวะเสี่ยงต่อความพิการ และความพิการซ้ำซ้อน พยาธิสรีรวิทยา การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการและผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม เครื่องมือและคู่มือมาตรฐานในการประเมินและรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการซ้ำซ้อน การพัฒนาคอขวด ชุมชน เครือข่ายเพื่อดูแล การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ การพัฒนาฐานข้อมูลขนาดเล็กด้านการฟื้นฟูสภาพ

พยคร ๕๓๓ การจัดการต่อเนื่องด้านการฟื้นฟูสภาพ
NSID ๕๓๓ Continuing Management in Rehabilitation

๒ (๒-๐-๔) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดและผลลัพธ์การจัดการต่อเนื่องสำหรับคนพิการและผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว การฟื้นฟูสภาพโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้จัดการรายกรณีด้านการฟื้นฟูสภาพ การจัดทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ การเลือกใช้เทคโนโลยีและการแพทย์ทางเลือก การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวและชุมชน การพัฒนานวัตกรรมการดูแลต่อเนื่อง เครือข่ายการจัดการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

พยคร ๕๔๙ การส่งเสริมสุขภาพและการเตรียมความพร้อมเพื่อการดำรงชีวิตอิสระ ๒ (๒-๐-๔) หน่วยกิต
NSID ๕๔๙ Health Promotion and Preparation for Independent Living

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการและผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว บทบาทรัฐ บทบาทพยาบาลและทีมสุขภาพ ในการจัดให้มีการดำเนินชีวิตอิสระ การพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี การสร้างพลังชีวิต การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการการดำรงชีวิตอิสระในสังคม การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ในสังคม การวางแผนชีวิตและกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของคนพิการและผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวแต่ละคน

พยคร ๕๘๖ ปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ
NSID ๕๘๖ Rehabilitation Nursing Practicum

๓ (๐-๑๒-๓) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

ปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม หลังการเกิดภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเมื่อมีความพิการ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการประเมินความต้องการการฟื้นฟูสภาพ การตัดสินใจปัญหา การวางแผนการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ การใช้วิธีทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด อรรถบำบัด การใช้กายอุปกรณ์ การส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พยคร ๕๘๗ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตอิสระ
NSID ๕๘๗ Nursing Care for Independent Living Practicum

(๐-๘-๒) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

ปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ การพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรีผู้ป่วยและคนพิการ การสร้างพลังชีวิต แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำรงชีวิตอิสระในสังคม สื่อสารและปฏิสัมพันธ์ในสังคม วางแผนชีวิตและกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของคนพิการและผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวแต่ละคน

ระยะเวลาการศึกษา ๔ เดือน (๑๗ สัปดาห์)

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

คุณสมบัติทั่วไป

๑. เป็นผู้มีความประพฤติดี ประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
๒. ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๓. มีใบรับรองจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น และได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานนั้นๆ เต็มเวลา

คุณสมบัติเฉพาะ

๑. เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรหรือปริญญาบัตรในวิชาชีพการพยาบาล และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จากสภาการพยาบาล
๒. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและคนพิการที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวมาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี
๓. ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การพิจารณาของคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก



(จท. 01)

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....

สาขา.....การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ.....

ระบุมหาวิทยาลัย(เฉพาะสาขาปริศัลยกรรม).....

สถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
รุ่นที่ 15 ปีการศึกษา 2567

รูปถ่าย
1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณารอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

- ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./ยศ.....นามสกุล.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันขึ้นใบสมัคร) รหัสบัตรประจำตัวประชาชน.....
สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า / แยก ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
E-mail.....
เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....หน่วยงาน/แผนก/ตึก.....
เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่ทำงาน
- ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
ที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะ.....

2. ประวัติการศึกษา

2.1 การศึกษาวิชาชีพพยาบาล

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ(จากต่ำไปสูง)	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

2.2 การศึกษา / อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง หรือด้านอื่น ๆ

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ(จากต่ำไปสูง)	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

[illegible]

4. ลักษณะงาน / การปฏิบัติงานในความรับผิดชอบในปัจจุบัน (โปรดบรรยายละเอียด / ประเภท / ลักษณะงาน / บริการทางการแพทย์)

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

5. เป้าหมายของการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้ (โปรดระบุเพื่อพิจารณารับเข้ามศึกษาต่อ)

[illegible]

6. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ..... ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู ฯ

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....

ตำแหน่ง.....

ขอรับรองและยินยอมให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ปีการศึกษา 2567 สาขา การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

ตามหลักสูตรของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่หลักสูตรฯ	สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน	ดำเนินการส่งคืนใบเสร็จรับเงิน
เจ้าหน้าที่รับใบสมัคร.....	จำนวนเงิน.....-200.-.....บาท	วันที่ส่ง.....
วันที่.....	(สองร้อยบาทถ้วน)	ส่งไปที่.....
() ตนเอง (เงินสด)	ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....	
() ทางไปรษณีย์	วันที่.....	
หลักฐานการโอนเงินเลขที่.....	ผู้รับเงิน.....	
ธนาคาร.....	)	
สาขา.....	วันที่.....	ผู้ส่ง.....
วันที่.....		

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
ปีการศึกษา 2567 ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

1. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)นามสกุล.....
สาขาที่จะศึกษาระดับปริญญาตรี..... วันที่.....ถึงวันที่.....

2. ชื่อ - นามสกุล ผู้รับรองนามสกุล.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

3. ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

3.1 ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น / การสื่อสาร.....

3.2 ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น / การตัดสินใจ / การแก้ปัญหา.....

3.3 ความสามารถในการเรียนรู้ / ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง.....

3.4 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล.....

3.5 ความสามารถพิเศษอื่น ๆ.....

4. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้.....

ลงนาม.....

วันที่.....